

# מרכז אדוה



המשימה:

## להפחית את הפרטי מההפרטה במערכת הבריאות

ברברה סבירסקי

---

# מרכז אדוה

## המשימה: להפחית את הפרטי מההפרטה במערכת הבריאות

ינואר, 2024

כותבת המסמך: ברברה סבירסקי

גרפיקה: ליטל ביטון

### ועד מנהל

פרופ' יוסי דהאן, יו"ר

גב' גילברט פינקל, גזברית

פרופ' איסמעיל אבו-סעד

ד"ר חדוה איל

פרופ' ניצה ברקוביץ

ד"ר מייסלון דלאשה

פרופ' יוסי יונה

פרופ' אורן יפתחאל

ד"ר תוויבה מג'דוב

פרופ' שושנה מדמוני-גרבר

פרופ' ריקי סויה

פרופ' דני פילק

פרופ' רחל קלוש

פרופ' אורי רם

עו"ד עולא שתייו

ד"ר גילי תמיר

### ועדת ביקורת

רותי גור

חדוה ישכר

### צוות מרכז אדוה

מנהל: ד"ר יובל לבנת

ניהול קשרי קהילה: ברברה סבירסקי

מנהל אקדמי: ד"ר שלמה סבירסקי

מנהלת תחום מגדר: ד"ר יעל חסון

רכזת מחקר: אתי קונור-אטיאס

מנהלת משרד וקשרי עיתונות: מירה אופנהיים

חוקרת: עו"ד נוגה דגן-בוזגלו

חוקר: ירון הופמן-דישון

חוקרת: ד"ר שני בר-און ממן

חוקר: מקס גרובמן

חוקרת: ד"ר פהימה עבאס

חוקרת: תהילה שרעבי

חוקרת: ד"ר מירי אנדבלד-סבג

רכזת פרויקטים בתחום המגדר: ד"ר באקה מואסי

קריאייטיב וגרפיקה: ליטל ביטון

פיתוח משאבים: אפרת יערי

## **המשימה: להפחית את הפרטי מהפרטה במערכת הבריאות \***

הספרות המקצועית מתארת את מערכת הבריאות בישראל כמבוססת על שיטה מעורבת – ציבורית-פרטית. תיאור זה מהווה הכרה בעובדה שאם בעבר הייתה מערכת הבריאות הישראלית מבוססת בעיקר על שירותים ציבוריים, הרי שמערכת כזאת כבר לא יכולה להתקיים, עקב מצב כרוני של מימון חסר. דו"ח של הוועדה הציבורית האחרונה שחקרה את נושא הבריאות בישראל שיקף את המצב הזה כאשר ציין שלמערכת מעורבת יש יתרון: תחרות בין השירותים הפרטיים ואלה הציבוריים.<sup>1</sup>

בהמשך נבדיל בין המימון של שירותי הבריאות ובין האספקה שלהם.<sup>2</sup> כמו כן, נבדוק את ההשפעה של הגידול בשירותים פרטיים על חולים ועל חולות, על רופאות ורופאים, על קופות החולים ובתי החולים הציבוריים.

בניגוד לשבדיה, קנדה וגרמניה, שבהן יש הפרדה בין שירותי בריאות ציבוריים ופרטיים, בישראל טושטשו הגבולות בין השניים. קופות החולים יוצרות ומשווקות במרץ לחבריהן ביטוחי בריאות פרטיים ("ביטוחים משלימים" – המענקים שירותים שטרם נכנסו לסל השירותים האוניברסלי לו זכאית כל תושבת ישראל). קופות החולים גם בונות או רוכשות בתי חולים ומרכזי טיפול פרטיים: החלוצה הייתה קופת החולים מכבי (עוד בשנת 1934) שעתה יש לה רשת של 8 מוסדות פרטיים (4 בתי חולים ו-4 מרכזי טיפול); לפני שנים לא רבות רכשה קופת חולים מאוחדת 40% ממה שכונה אז "נארא מרכזים רפואיים"; וקופת החולים הכללית הינה בעלים של 51% מהרצליה מדיקל סנטר, בית חולים פרטי. ועוד: בתי חולים ציבוריים (ממשלתיים, עירוניים ובבעלות קופת החולים הכללית) מציעים

\* תודותיי לד"ר יובל לבנת ולפרופ' דני פילק על הערותיהם המועילות

1 הוועדה להעצמת שירותי הבריאות בישראל, ואסדרת מערכת הבריאות הציבורית והפרטית (ועדת אש). 2022. להלן "ועדת אש".

2 שיחת טלפון עם ד"ר עדי ניב-יגודה, 16 אוגוסט, 2023.

שירותי רפואה פרטיים לקהל הרחב בארץ ובחו"ל, ובתי חולים פרטיים מוכרים שירותים ציבוריים לקופות החולים (מוסדות ציבוריים) באמצעות טופס 17.

מומחים למערכות בריאות תמימי דעים באשר למסקנה כי ההפרטה, אם של ביטוח בריאות ואם של אספקת שירותי בריאות (על ידי רופאים.ות, בתי החולים ומרפאות וקופות החולים) היא בעלת השלכות שליליות הן על השוויון במתן שירותי בריאות והן על חיוניותה של המערכת הציבורית.<sup>3</sup> ההפרטה משפיעה לרעה על שוויון בנגישות לשירותי בריאות כי ישנם אנשים שלא יכולים.ות להרשות לעצמם.ן לרכוש שירותים פרטיים. ההפרטה משפיעה לרעה על חיוניותה של מערכת הבריאות הציבורית, כי סקטור פרטי המתפתח במקביל לסקטור ציבורי "מפחית את מספר אנשי הבריאות הפנויים לעבוד בסקטור הציבורי".<sup>4</sup> בדיקה שנערכה על שירותי הבריאות הלאומיים של הממלכה המאוחדת (ה-NHS) אך רלוונטי גם למערכות שירותי בריאות ציבוריות אחרות, העלתה כי "הסקטור הציבורי מאבד יציבות בהדרגה בשעה שספקים פרטיים מציעים משכורות גבוהות יותר ובוחרים לטפל במקרים קלים יותר, בו בזמן שהם תורמים מעט להכשרה [כי הכשרת אנשי רפואה מתרחשת בעיקר בבתי חולים ציבוריים ב.ס.]."<sup>5</sup> נוסף על כך, "הסקטור הפרטי נוטה לגייס 'כוכבים' המושכים אחריהם חולים וגם רופאים נוספים".<sup>6</sup>

מובן מאליו שמטרת מערכת הבריאות היא מעל לכל לספק שירותים לא.נשים הזקוקים לטיפול מניעתי או לטיפול מרפא. לא פחות מובן מאליו הוא שככל שהמימון הציבורי של שירותי בריאות גבוה יותר, הזדמנויות צרכני שירותי בריאות לקבל שירות רבות יותר.

---

3 Bambra, Claire; Garthwaite, Kayleigh & Hunter, David. 2014. "All Things Being Equal: Does It Matter for Equity How You Organize and Pay for Health Care? A Review of the International Evidence." *International Journal of Health Services*. Vol. 44, No. 3. Pp 457–477. Doi://10.2190/HS/44/3. Shoo, K. Lee; Rowe, Brian & Mahl, Shukhik. 2021. "Increased Private Health Care for Canada: Is that the Right Solution?" *Health Policy*. Vol. 16, No. 3. Pp 30–42. Doi 10.12927/hcpl/2021/26435. ועדת אש.

4 Modi, Neena; Clarke, Jonathan & McKee, Martin. 2018. "Health Systems Should be Publicly Funded and Publicly Provided." *British Medical Journal*. Vol. 362. p.2.

5 Ibid..p.3.

6 Schneider, Laor Naamati. 2020. "Public-private unequal competition: Israeli public hospitals vs. the private healthcare system following government reforms." *International Journal of Organizational Analysis*. Vol. 2. No. 6. Pp 1381–1394. p. 1388.

אולם אם עניין המימון הוא מובן מאליו, הרי שלא כך עניין האספקה. אם שירותים ציבוריים אינם עונים על הביקוש, קיימים הגיון ועשייה האומרים: למה לא לפתח שירותים פרטיים כדי ליצור יותר הזדמנויות טיפול? יש בזה אמת, כמובן. אף על פי כן, בל נשכח, שוק שירותי הבריאות הפרטי, כמו שווקים אחרים, מטרתו העיקרית היא יצירת הזדמנות לעשיית רווחים ולא דווקא מתן שירות.<sup>7</sup> על כן, שירותים פרטיים בדרך כלל יקרים יותר משירותים ציבוריים. בישראל, שירותי בריאות ציבוריים כרוכים בתשלום מס בריאות למוסד לביטוח לאומי, יחד עם השתתפויות עצמיות עבור ביקורי רופאים ותרופות. החולים. ות לא משלמים. ות את מלוא עלות השירות וכמובן לא מעבר לעלות כדי להבטיח רווחים לנותן השירות.

אם שירותים ציבוריים (ביקורי רופא.ה, בדיקות, ניתוחים, תרופות) אינם נגישים בשעת הצורך בזמן אמת, הזקוקים. ות לשירות פונים. ות לסקטור הפרטי, אם הם. י. יכולים. ות להרשות זאת לעצמם. (ואם לא, יתכן שיוותרו על הטיפול). אולם, אם יותר מדי חולים. ות פונים. ות לשירותים פרטיים, גם אלה יכולים להגיע לנקודת השובע. התור הידוע לשמחה לרופאים. ות יועצים. ות ולניתוחים אלקטיביים במערכת הציבורית עלול להיווצר גם בקרב הפונים לשירות הפרטי, וזאת כי ההיצע הוא תמיד מוגבל, בשעה שהביקוש הוא רב. לכן, למרות העובדה שחולים רבים. ות לא יכולים. ות לשלם עבור שירותי בריאות פרטיים ועל כן לא משתתפים. ות ב"תחרות", הנוכחות של שתי מערכות מקבילות – הציבורית והפרטית – עשויה לזרוע את זרעי מגבלותיה של המערכת הפרטית – שלכאורה באה למלא את החסר במערכת הציבורית.

---

7 Greene, Jeremy A. 2022. *The Doctor Who Wasn't There: Technology, History and the Limits of Telehealth*. Chicago and London. University of Chicago Press.

## חולות וחולים

פיתוח של שירותי בריאות פרטיים, ביניהם ביטוחי בריאות פרטיים, לצד שירותים ציבוריים, מוביל לאיבוד האמון במערכת הציבורית מצד החולות, להעדפה של שירותים פרטיים במקום שירותים ציבוריים, ולרכישת פליסות ביטוח בריאות פרטיות ושירותים פרטיים מצד אלה היכולות להרשות לעצמן. (וגם על-ידי לא מעטים שאין להם את המשאבים הדרושים ועל כן נכנסים לבעיות כספיות). תוצאה נוספת, כמובן, היא ויתור על טיפול רפואי של מי שידיהם אינן משייגות שירותים פרטיים.

מחקר שנערך על-ידי מכון ברוקדייל עבור משרד הבריאות, העלה כי זמני המתנה ארוכים בסקטור הציבורי היו הסיבה הנפוצה ביותר לפניה לרופא. יועצת בסקטור הפרטי.<sup>8</sup> אותו ממצא דווח (דצמבר 2022) בסקר הדו-שנתי של מכון ברוקדייל על רמת התפקוד של מערכת הבריאות הציבורית.<sup>9</sup> בסקר זה, 35% מהמרוויינותם דיווחו כי זמני המתנה ארוכים בסקטור הציבורי גרמו להם לוותר על שירותים בסקטור הציבורי; 51% מהן אמרו שפנו למגזר הפרטי כדי לקבל טיפול שלא הצליחו לקבל בסקטור הציבורי בתוך זמן שנראה להן סביר.

### שתי דוגמאות מן הזמן האחרון:

דוגמא מספר 1: בקיץ 2023, חולה מס 1 תיאר מה קרה כאשר ניסה לקבל טיפול רפואי לפגיעה בכתף. הוא ניגש למרפאה של קופת החולים שלו, שם הצליח לראות רופא (לא תמיד זה אפשרי). הרופא אמר לו שהיה רצוי לעשות MRI על מנת לבדוק מה בדיוק מצבה של הכתף הפגועה. אולם, הרופא הוסיף שקופת החולים לא תסכים לצייד אותו בהתחייבות לבדיקה הזאת, ועל כן הדבר הטוב ביותר שהוא יכול להציע לו הוא הפנייה לתרפיסטית. כאשר התקשר החולה לקבוע תור עם תרפיסטית הקשורה לקופה שלו, נאמר לו שהתור

8 ברמלי-גרינברג, שולי; אבני, אלינור; מעוז-ברויאר, רינה; אלרועי, אירית; לוקסנבורג, אסנת; וולף-מירון, רחל & זיו ארנונה. 2021. "זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה מנקודת מבטו של המבוטח". ירושלים: מאירס ג'וינט ברוקדייל.

9 לרון, מיכל; מעוז ברויאר, רינה & פיאלקו שרביט. "סקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה 2021-2022". ירושלים. מאירס ג'וינט ברוקדייל.

הראשון הפנוי הוא בתחילת אוקטובר; יחד עם זאת, יעצו לו להמשיך לנסות; שכן לפעמים יש ביטולים ואז אולי אפשר יהיה לקבל תור מוקדם יותר. בעת השיחה, בוטל תור שנקבע ליום 27 לספטמבר (עדיין זמן המתנה ארוך מדי). החולה הרים ידיים. כיון שיכול היה להרשות זאת לעצמו, הוא ביקש ממכרים המלצות לתרפיסט. ית פרטי. ת.<sup>10</sup>

דוגמא 2: רופא העיניים של חולה מספר 2 מסר לה שעתה היא זקוקה לניתוח קטרקט בשתי עיניה. אולם, בגלל המצב המיוחד של עיניה, עליה להתייעץ עם מומחה מיוחד ("הטופ של הטופ") על מנת לוודא שאכן ניתן לבצע בעיניה ניתוחי קטרקט. הרופא נתן לה הפנייה לרופא יועץ בעל מומחיות מוכרת העובד בקופת החולים שלה. כאשר התקשרה לקופת החולים לקבוע תור להתייעצות, נאמר לה שאין תורים. לא בחודש הזה, לא בחודש העוקב, ולא בחודש אחריו. אין תורים, נקודה. אזי ניסתה החולה לקבוע תור עם רופא הסדר של הביטוח המשלים – רופא פרטי שקופת החולים קבעה איתו עלות התייעצות והיא גם משלמת את מרבית העלות בעוד שהחולה מתבקשת לשלם רק השתתפות עצמית בעת הביקור. התור הראשון היה בעוד שלושה חודשים. אזי התייעצה החולה עם מכרים לגבי רופא. ה. כירורגיה המתמחה בניתוחי קטרקט בסקטור הפרטי. היא התקשרה וקיבלה תור תוך חודש.<sup>11</sup>

---

10 אמסטרדםסקי, שאול. "הלוואי שזה היה רק קורונה". מוסף כלכליסט. 17.8.2023.

11 התנסות של המחברת.

## רופאים ורופאות

פיתוחו של סקטור פרטי מספק לרופאים. ות שלל הזדמנויות להגדיל את הכנסתם. עליידי התמקדות בשני הסקטורים – הציבורי והפרטי. אולם, התופעה גורמת למחסור בסקטור הציבורי, בין היתר כי מספר הרופאים. ות בישראל לא גדל באותה המידה שגדלה אוכלוסיית ישראל. הפרסום HEALTH STATISTICS 2021 מתאר את ישראל כיוצאת דופן בקרב מדינות OECD: "במרבית ארצות OECD, מצבת הרופאים גדלה מהר יותר מהגידול באוכלוסייה, כך שבממוצע, מספר הרופאים ל-1,000 נפש עלה מ-2.7 בשנת 2000 ל-3.6 בשנת 2019. ישראל הייתה יוצאת דופן, שכן בין 2000 ל-2019, מספר הרופאים בישראל גדל ב-38% בשעה שהאוכלוסייה גדלה ב-44%".<sup>12</sup> בשנת 2021, היו בישראל 3.4 רופאים. ות פעילים. ות ל-1,000 נפש.<sup>13</sup> (בהשוואה לממוצע של 3.7 בארצות OECD).

רופאים. ות המבלים. ות את חלקו הראשון של היום בבתי חולים ציבוריים, (שבוע העבודה של משרה מלאה הינו חמישה ימים, משעה 7:30 בבוקר עד ל-16:00 בצהריים)<sup>14</sup> לעתים עובדים. ות במרפאות פרטיות בשעות אחרי הצהריים ובערב, כדי להגדיל את שכרם. אולם, העבודה במרפאות פרטיות נעשית על חשבון מערכת הבריאות הציבורית, שבה הרופאים. ות שוהים פחות שעות.

ועדת גרמן לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל (2014) וועדת אש לחיזוק שירותי בריאות בישראל והסדרה של הסקטור הציבורי והפרטי (2022) הציעו פתרון לבעיית ההיעדרות של רופאים. ות רבים. ות מבתי חולים ציבוריים בשעות אחרי הצהריים ובערב: הן הציעו לשלם שכר גבוה יותר לרופאים. ות המתחייבים. ות לעבוד אך ורק בסקטור הציבורי. ההסתדרות הרפואית בישראל תומכת בהצעה הזאת, אולם עדיין קיימת אי הסכמה לגבי השכר שיש לשלם

12 OECD. Health Statistics 2021. <http://www.oecd-library7org/sites/b39949d7en/Index.html?itemId=content/component/b39949d7-en>.

13 OECD. 2023. Health at a Glance :2023 Health Indicators.

14 משרד האוצר, אגף שכר והסכמי עבודה. דין וחשבון על הוצאות שכר במערכת הבריאות – בתי החולים הציבוריים לשנת 2021. מאי 2023.



לרופאים. ות אלה, אותם. מְכַנִּים fulltimers. הסוגיה נמצאת על סדר היום של המשאומתן בין הממשלה ובין ההסתדרות הרפואית האמור להיפתח לקראת ההסכם הקיבוצי הבא.

דרך שכבר קיימת להחזיק אנשי רפואה שעות רבות יותר בבתי חולים ציבוריים ובכך לנצל את משאבי בתי החולים טוב יותר, במיוחד חדרי ניתוח, היא לשלם להם. עבור שעות נוספות באמצעות "קרנות מחקר" או "תאגידי בריאות", גופים הממומנים על ידי תרומות. לפי הדו"ח המעודכן ביותר של משרד האוצר (2023) על אודות שכר עובדי. ות בתי חולים ציבוריים, בשנת 2021 עמד החלק של סך שכר הרופאים. ות (אלה שלא בסטאג') המועסקים. ות בבתי חולים ציבוריים המשולם עבור שעות עבודה שמעל למשרה הפורמלית שלהם. על 25% בממוצע. לפי אותו הדו"ח, רופאים. ות המועסקים. ות בבתי חולים ציבוריים עבדו בממוצע מעט פחות ממשרה מלאה: 90%<sup>15</sup>.

מחקר שבוצע בשנת 2018 עבור משרד האוצר, "הכנסת רופאי בתי חולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית: ממצאים ומגמות", אשר בדק את ההכנסות של רופאים. ות עם ותק של לפחות 10 שנים בבתי חולים ממשלתיים, מצא שבשנת 2016, הכנסתם. ות השנתית ברוטו הממוצעת עמדה על 790,000 ש"ח; ממצאים נוספים: 29% מהכנסתם של רופאים. ות אלה מקורו בעבודה פרטית. ועוד: סך השכר הממוצע של אותם הרופאים. ות בשנת 2016 היה גדול ב-76% מזה בשנת 2007, כאשר החלק הציבורי גדל ב-84% וזה הפרטי ב-59%. יש לציין שהשכר שהתקבל במרפאות פרטיות מקופות חולים נכלל בקטגוריה של פרקטיקה פרטית, למרות שהמדובר בעבודה עבור הסקטור הציבורי.<sup>16</sup>

שני מחקרים שנערכו לאחרונה בחנו את תפקידם של הרופאים. ות בהתפתחותם של שירותי בריאות פרטיים בישראל, המחקר הראשון, שפורסם בשנת 2020,<sup>17</sup> בדק כיצד

---

15 שם.

16 בלינסקי, אלכסי; בן נאים, גלית והנט, יואב. 2018. שכר רופאי בתי החולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית – ממצאים ומגמות. משרד האוצר. אגף הכלכלן הראשי. מחקרים, סקרים וסטטיסטיקה.

17 Rasooly, Alon; Davidovitch, Nadav & Filc, Dani. 2020. "The physician as a neoliberal subject – A

תופסים הרופאים. ות את תפקידיהם. בחברה ואם הם. רואים. ות טיפול רפואי כמוצר או כזכות אדם. רואינו 21 רופאים. ות. 11 עבדו רק בסקטור הציבורי ו-10 עבדו בשני הסקטורים. מסקנת החוקרים: הסביבה המוסדית השפיעה על התפיסה של הרופאים. ות: רופאים. ות שעבדו רק בסקטור הציבורי נטו יותר מהאחרים. ות לתאר טיפול רפואי כזכות; לעומת זאת, בחירת החולה (אי קבלת כל פונה) נתפסה כנורמה או פרקטיקה בסקטור הפרטי אך לא בזה הציבורי.<sup>18</sup>

המחקר השני, שפורסם בשנת 2022,<sup>19</sup> תואר כדו-שלבי, כאשר המחקר הקודם היווה את השלב הראשון, שבו, בנוסף למתואר מעלה, נשאלו המרואיינים. ות מה דעתם. ן על ביטוח בריאות פרטי. בשלב השני של המחקר, בוצע סקר טלפוני של רופאים. ות הקשורים. ות לארבע קופות החולים, כאשר, כמו בשלב הקודם, חלק מהמרואיינים. ות עבדו רק בסקטור הציבורי וחלק בשני הסקטורים. מסקנת החוקרים: "רופאים, שהם שחקני מפתח במערכות בריאות, תרמו באופן משמעותי למדי לפיתוח של מערכת בריאות מעורבת, או באופן ישיר, על-ידי עבודה בשני הסקטורים – הציבורי והפרטי – כאשר הם הקדישו יותר זמן לפרטי, או באופן עקיף, על-ידי מתן המלצה לחולים לרכוש ביטוח בריאות פרטי".<sup>20</sup>

---

qualitative study within a private-public mix setting. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2000.11.13152>.

18 Ibid.

19 Tal, Michael; Filc, Dani & Davidovitch, Nadav. 2022. "What motivates physicians to propose private services in a mixed private-public healthcare system? A mixed methods study". *BMC Health Services Research*. Vol. 22.

20 Ibid. p.8.21

## קופות החולים

קופות החולים נוסדו עוד לפני הקמת המדינה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר נכנס לתוקף בשנת 1995, כלל רשימה בסיסית של שירותים שעל קופות החולים לספק לחבריהן ("סל השירותים"), כאשר החברים.ות משלמים.ות מס בריאות חודשי שגובהו תלוי בהכנסה, לצד תשלומים רבעוניים עבור ביקורי רופאים.ות והשתתפויות עצמיות עבור תרופות. סעיף של אותו חוק מנה את שירותי הבריאות שעל משרד הבריאות לספק לכל התושבים.ות באופן ישיר.

החוק לא כלל דרכי עידכון של סל השירותים. רק בשנת 1999, ביוזמת פרופסור שוקי שמר, מנכ"ל משרד הבריאות דאז, נוצרה שיטה – מודל ייחודי – להכללת תרופות ופרוצדורות רפואיות חדשות לסל, והוקמה "ועדת הסל", המתכנסת אחת לשנה כדי להחליט מה להוסיף לסל השירותים, וזאת במסגרת הכספית שעליה הוחלט קודם לכן במשא ומתן בין משרד הבריאות ומשרד האוצר.

הסכומים שנוספו אחת לשנה ל"עלות הסל" היו נמוכים מהסטנדרטים הבינלאומיים (שהמליצו על תוספת שנתית של 2%, כאשר בישראל היא עומדת על ממוצע של 1% בלבד.<sup>21</sup>) ברקע התת-מימון של חוק ביטוח בריאות ממלכתי עומד סעיף בחוק ההסדרים של שנת 1998 שהתיר (אפשר לומר, "עודד") את קופות החולים ליצור ולשווק "ביטוח משלים" לחבריהן – ביטוח פרטי שיכלול תרופות ושירותים רפואיים שלא היו כלולים בסל האוניברסלי. עוד לפני 1998 מכרה קופת חולים מכבי ביטוח פרטי משלה; אחרי 1998 קופות החולים האחרות יצרו גם הן ביטוחים "משלימים". ביטוחים אלה הם פרטיים ובתור כאלה מנוהלים בקופה נפרדת, אולם בשונה מביטוחים של חברות הביטוח, הם פתוחים לכל חבריהן, ללא קשר למצב בריאותם. מאוחר יותר, קופות החולים הוסיפו שכבות לביטוחים הפרטיים שלהן.

---

21 לוי, ברוך; בן נון, גבי & דוידוביץ', נדב, "בחינת מנגנון העדכון של עלות סל שירותי בריאות בשנים 1995–2020". מתוך וייס, אבי (עורך). 2022. דו"ח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות. ירושלים. מרכז טאוב.

תוך זמן קצר החלו חברות ביטוח להציע ביטוחי בריאות משלהן, ביטוחים שלעיתים קרובות היו זהים לביטוחים "המשלימים" של קופות החולים. כפל ביטוח זה נדון – באיחור רב – בוועדת אש (2022), והוא מצא ביטוי גם בחוק ההסדרים של תקציבי 2023–2024 (ראו בהמשך).

יש להוסיף שהוצאות על ביטוחים פרטיים (וולונטריים) – של קופות החולים ושל חברות הביטוח – מהוות את הסעיף הגדול ביותר של הוצאות מהכיס על בריאות.<sup>22</sup> ב־2020, הוצאות אלה היוו לא פחות מ־40% מהוצאות מהכיס על בריאות.<sup>23</sup>

קופות החולים מחזיקות גם במפעלים פרטיים, בנוסף על הביטוחים המשלימים. כפי שכבר הוזכר, קופת חולים מכבי מחזיקה ברשת של 8 מוסדות פרטיים – 4 בתי חולים ו־4 מרכזים רפואיים. כיום קופת חולים מאוחדת היא בעלים של שלושה בתי חולים פרטיים, המתמחים בכירוגיה וכוללים בית חולים אלישע בחיפה (השניים הנוספים הם בעפולה וברמת השרון); וקופת החולים הכללית מחזיקה ב־51% מהרצליה מדיקל סנטר, בית חולים פרטי.

בשנת 2017, דווח כי יושב הראש החדש של "מרכזי בריאות נארא" דאז (של קופת חולים מאוחדת) הוא פרופסור גבי ברבש, מנכ"ל לשעבר של בית החולים איכילוב (בית חולים ממשלתי). ברבש מגדיר את עצמו כחסידי הרפואה הציבורית; הוא אמר לכתבת עיתון הארץ רוני לינדר שהסתירה כביכול בין האופן שבו שהוא מגדיר את עצמו ובין תפקידו החדש כיו"ר מרכזי נארא – מוסדות פרטיים – לא ממש חריפה, כי רשת המרכזים הרפואיים האלה – שהוא עצמו היה פעיל בפיתוחה – כוונתה להציע שירותים ציבוריים לחברי קופות החולים באמצעות טופס 17 – בדיוק כפי שעושה רשת מרכזי אסותא.<sup>24</sup>

---

22 Filc, Dani & Davidovitch, Nadav. 2016. "Rethinking the private-public mix in health care." *Journal of Health Services Research & Policy*. Vol. 21. No. 4. Pp. 249–256.

23 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2023. "הכנסות והוצאות של משקי בית". סקר הוצאות משקי הבית 2020 – עיקרי הדברים. 24 לינדר, רוני. "תכירו: רשת מרכזי הבריאות החדשה שכבר שווה רבע מיליארד שקל – ותתחרה באסותא". דה מרקר. 17.10.2017.

לדברי פרופסור שוקי שמר, המכהן כיושב ראש הרשת הפרטית של מרכזי בריאות אסותא, 80% מפעילות הרשת היא מתן שירותים למערכת הבריאות הציבורית (באמצעות טופס 17); 50–54% מההפניות מגיעות מחברי ארגון האם – קופת חולים מכבי; היתר באות משאר קופות החולים (לדברי שמר, אין שום עדיפות לחברי מכבי; אלא יש פחות פניות מקופות החולים האחרות).<sup>25</sup> יתר הפעילות של מרכזי אסותא הינה פעילות פרטית, ביניהן תיירות מרפא.

במלים אחרות, מוסד ציבורי הוא הבעלים של מוסדות פרטיים המשרתים סקטור ציבורי החסר מימון מספיק לאספקת צרכי הבריאות של תושבי ישראל! נוסף כי כאשר הממשלה החליטה להוסיף תקציבים כדי לקצר זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים, (ראו בהמשך), החלק הארי של תקציבים אלה הגיע למוסדות פרטיים. תופעה זאת משתקפת בעובדה שבשנת 2018, 56% מהניתוחים שנעשו במסגרת סל השירותים הציבורי בוצעו בבתי חולים פרטיים.<sup>26</sup> אין הבדל בין המחיר של ניתוחים וולונטריים המבצעים באמצעות טופס 17 במוסדות ציבוריים ובמוסדות פרטיים.<sup>27</sup>

---

25 שיחות טלפון עם פרופסור שוקי שמר. 8.9.2023 ו-19.12.2023.

26 Barnea, Roy and Niv-Yagoda, Adi. 2021. "Changes in the activity levels and financing sources of Israel's private for-profit hospitals in the wake of reforms to the public-private divide. p. 5. *Israel Journal of Health Policy Research*. <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00455-z>.

27 שיחת טלפון עם פרופסור דני פילק. 19.12.23.

## בתי חולים ציבוריים

בתי חולים ציבוריים מציעים שירותים פרטיים כמקור מימון בתוך מערכת שסובלת כולה ממימון חסר. תיירות מרפא היא אחד השירותים האלה. לפי אתר האינטרנט של משרד הבריאות, כ-30,000 תיירי.ות מרפא מגיעים.ות כל שנה לישראל, בעיקר מארצות מזרח אירופה ומארצות המזרח התיכון. ההפנייה של תיירי.ות מרפא לבתי חולים בארץ נעשית באמצעות סוכנים. והייתה, כנראה, כרוכה בניצול או הטעייה של התיירים.ות. כדי לתקן את העיוותים, נכנס לתוקף ב-2019 חוק המסדיר את העבודה בנושא תיירות מרפא הן של הסוכנים והן של בתי החולים.<sup>28</sup>

לדברי ד"ר עדי ניב-יגודה, תיירות מרפא הייתה מאד נפוצה בישראל עד לשנת 2014. התופעה פחתה מאוד בעקבות פיחות הרובל ובעקבות התפתחותה של חלופה קרובה וזולה יותר לתיירים ממזרח אירופה – מרפאות פרטיות בגרמניה<sup>29</sup> – וגם בעקבות חשיפה של תכנית התחקירים של אילנה דיין על אודות הטיפול הנצלני בתיירי.ות מרפא בידי הסוכנים.<sup>30</sup>

כעת, תיירות מרפא מוגבלת בהקיפה; הנתון של משרד הבריאות (30,000 בשנה) כולל חולים וחולות פלסטיניים, שאינם באמת תיירי מרפא, אלא חולים וחולות המטופלים. ות בבתי חולים בישראל בהתאם להסכמים פוליטיים. התופעה של תיירות מרפא בבתי חולים ציבוריים בישראל היא בעייתית, כי התיירים.ות זוכים.ות לקדימות: הם.ן אינם.ן מחכים בתור לבדיקות איבחוניות ואינם.ן שוכבים.ות במיטות במסדרון. במצב הקיים – של מחסור בא.נשי רפואה ובמיטות אשפוז – תיירות מרפא מתבצעת על חשבון חולים.ות ישראלים.ות.<sup>31</sup>

---

28 פרוטוקול: מאגר מידע על זכויות וחובות של אזרחי ישראל: il.co.protocol. חוק תיירות מרפא - תשע"ה-2018.  
29 Bar Tov, Aviad. October, 2020. "Medical Tourism: Israel's Rating Decreased to 8th Place in 2020–2021."  
Medinet: Health and Welfare Portal.

30 שיחת טלפון עם ד"ר עדי ניב-יגודה. 16.8.2023.  
31 שיחת טלפון עם פרופסור נדב דוידוביץ', 28.7.2023.

דוגמא נוספת של הפרטי המשולב בציבורי הן "קרנות המחקר" או "תאגידי בריאות" של בתי החולים הציבוריים, שהוזכרו קודם לכן בהקשר של שכר עובדי. ות בריאות באותם בתי חולים.

תאגידי בריאות אלה הם מהווים ישויות נפרדות מבתי החולים, למרות שמנכ"ל בית החולים הוא המכהן בדרך כלל כיושב ראש של הוועד המנהל של הישות. התאגידיים עוסקים במחקר ובגיוס כספים; הם גם מהווים מקור להגדלת השכר של עובדי בית החולים.<sup>32</sup> לפי הדו"ח האחרון של משרד האוצר על אודות שכר בבתי חולים ציבוריים, מרבית אנשי הרפואה וגם עובדים. ות אחרים. ות – לדוגמא מהנדסים. ות – מקבלים תוספות שכר מהתאגידיים; רופאים. ות (לא כולל אלו שבסטאז') מקבלים. ות בממוצע כשליש מסך שכרם מבית החולים באמצעות התאגידיים.<sup>33</sup>

לבתי חולים ציבוריים צורות נוספות של שילוב הפרטי בתוך הציבורי כמובן, שאולי הידועה ביותר ביניהן היא מלונות ליולדות. בתי חולים ציבוריים מציעים גם שירותים שאינם כלולים בסל, כגון ניתוחים פלסטיים, בדיקות תקופתיות לעובדים של חברות שאיתן מתקשרים, ועוד.

---

32 משרד האוצר, אגף שכר והסכמי עבודה. מאי 2023. דין וחשבון על הוצאות שכר במערכת הבריאות – בתי החולים הציבוריים לשנת 2021.

## החלטות שמטרתן לחזק את מערכת הבריאות הציבורית

כאשר נשאל, "האם המאבק לשמור על מערכת הבריאות הציבורית נכשל", ענה פרופסור נדב דוידוביץ'; יושב ראש איגוד רופאי בריאות הציבור בישראל ולשעבר ראש בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת בן גוריון: "לא. לאחרונה דווקא התרחשו כמה שינויים שמטרתם לחזק את מערכת הבריאות הציבורית".<sup>34</sup> בגדול, אמר דוידוביץ', ניתן לראות שיפור בנתונים על המימון הציבורי של הוצאות בריאות: בעבר המימון הציבורי היווה 70% מההוצאה הלאומית לבריאות ואז ירד ל-60%. כיום (2023) הוא עומד על 64%-65%. ניתן לראות מגמה חיובית גם בעובדה שכאשר הוקצבו כספים למטרת קיצור התורים לניתוחים אלקטיביים, 70% מהתקציב הועברו למוסדות אסותא (הפרטיים), בהם הניתוחים מומנו באמצעות טופס 17 (זאת אומרת, מימון ציבורי). מצד שני, הזכיר דוידוביץ' את הגידול בשירותים פרטיים בתחומים של בריאות הנפש וטיפול סיעודי.<sup>35</sup> וכפי שצוין מכבר, ביטוחי בריאות פרטיים צמחו כמו פטריות אחרי הגשם; רופאים.ות רבים.ות עובדים.ות הן בסקטור הציבורי והן בסקטור הפרטי; ועירבוב של שירותים ציבוריים ופרטיים קיים במוסדות פרטיים כמו גם באלה הציבוריים.

נתמקד בשלוש רפורמות שנעשו בשנים האחרונות ומטרתן לחזק את מערכת הבריאות הציבורית.<sup>36</sup> אחת מהן (שנכנסה לתוקף בשנת 2016) היא יצירת הסדרים מיוחדים עם רופאים.ות הקשורים.ות לביטוחים המשלמים של קופות החולים או לביטוחי בריאות של חברות הביטוח, הסדרים אשר מאפשרים למבוטחים.ות לקבל שירותי ייעוץ או ניתוחים אלקטיביים עם רופאים.ות שאינם.ן עובדים.ות ישירות עם קופות החולים. עבור שירותים אלה משלמים השתתפות עצמית בעת השירות והביטוח משלם את השאר. ההסדר הזה נעשה במקום פרקטיקה קודמת, שבה החולה בחר.ה לקבל ייעוץ או ניתוח מרופא.ה חיצוני.ת לקופה ושילם.ה את מלוא העלות בעת השירות, ורק אחרי כן פנה

34 שיחת טלפון עם פרופסור נדב דוידוביץ'. 28.7.2023.

35 שם.



לקופה לקבלת שיפוי חלקי. הפרקטיקה המקורית הובילה להוצאות גדולות לחולים. ות. ולשני סוגי הביטוחים הוולונטריים – אלה של קופות החולים ואלה של חברות הביטוח – ולגידול בהוצאה הפרטית על הבריאות. בהסדר החדש, עלות כל שירות נקבעת מראש במשא ומתן עם קופות החולים או חברות הביטוח – גופים עם יכולת משא ומתן גדולה יותר מאשר חולה בודד. ת. הזקוק. ה. לשירות.

כבר הוזכר: ניסיון לקצר את זמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים במערכת הציבורית, עלידי הוספת תקציב למטרת גידול מספר הניתוחים במימון ציבורי: 870 מיליון ש"ח לסיוע לקופות החולים ו-180 מיליון ש"ח לבתי חולים ציבוריים. בספטמבר 2019, רשימה של 115 ספקים, חלק מהם ציבוריים וחלק פרטיים (כמו בתי חולים אסותא), פורסמה. אולם, "לא הוגדרו יעדים ספציפיים או מדדים למדידת זמני המתנה";<sup>37</sup> אזי אין לנו מידע לגבי השאלות האם זמני המתנה קוצרו ואם כן, באיזו מידה.

רפורמה שלישית: הדרישה לתקופת צינון, קביעה האומרת שרופא.ה. המטפל.ת. בחולה במסגרת מערכת הבריאות הציבורית, אם בבתי חולים או במרפאה בקהילה, אסור שיטפלו באותו חולה במסגרת פרטית אלא כעבור תקופה של שישה חודשים. לפי ברנע וניב-יגודה,<sup>38</sup> המטרה הרשמית של הקביעה הייתה למנוע מרופאים. ות. להעביר חולים מהמערכת הציבורית לפרטית כדי לקדם את האינטרסים הכלכליים שלהם. נ. מטרה נוספת הייתה לצמצם את גידול המימון הפרטי של הוצאות בריאות הנובע מהשתתפויות העצמיות הגבוהות עבור ניתוחים ופרוצדורות אלקטיביות אחרות שהתבצעו בסקטור הפרטי. הרפורמה עצמה (2016) מהווה עדות לתופעה של יותר ויותר רופאים ורופאות העובדים. ות. גם בסקטור הציבורי וגם בפרטי.

---

37 Ibid. p. 4

38 Ibid.

רפורמה נוספת אפשר למצוא בגרסה האחרונה (עד לכתיבת מסמך זה) של חוק ההסדרים לשנים 2023–2024,<sup>39</sup> רפורמה שמשקפת את המיקוד העיקרי של ועדת אש: התופעה של כפל ביטוחים. הכוונה לכיסוי של אותם הטיפולים בפוליסות של ביטוחי בריאות וולונטריים – דהיינו בפוליסות של הביטוחים המשלימים של קופות החולים ובפוליסות של חברות הביטוח. הרפורמה קובעת שבמקרה של כפל ביטוחים, על חברות הביטוח – ולא הביטוח המשלים של קופות החולים – לשלם את העלויות, ללא קשר לאיזה חברה החולה תובעת. השינוי הזה יהיה תקף עבור פוליסות חדשות ופוליסות מתחדשות. המטרות, בדומה לאלה של הרפורמות הקודמות, הן לחסוך כסף לחולים. וולצמצם את ההוצאה הלאומית על בריאות. בנוסף, הרפורמה קובעת שבמקרה של פוליסות חדשות או מתחדשות, אסור לחברות ביטוח להציע ביטוח עבור מקרים או הוצאות הכלולות בביטוחים המשלימים של קופות החולים.

הרפורמה הזאת מבוססת על המלצות ועדת אש, אלא שהיא לא מרחיקה לכת כמו המלצות הוועדה. ועדת אש המליצה לאסור על חברות הביטוח להציע ביטוח עבור פעולות כירורגיות, פרט לכיסוי עבור השתתפויות עצמיות או פעולות שאינן מכוסות על ידי הביטוחים המשלימים, כדוגמת ניתוחים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל האוניברסלי או שירותים שמשלימים את אלה שמכוסים על ידי הביטוחים המשלימים. ועדת אש גם המליצה להעביר חלק מהפרוצדורות הכלולות בביטוחים של חברות הביטוח לביטוחים המשלימים ולהעביר חלק מהפרוצדורות המכוסות בביטוחים המשלימים לסל האוניברסלי. הוועדה לא ציינה באילו שירותים או פרוצדורות מדובר.<sup>40</sup>

---

39 חוק ההסדרים: תיקונים. 4.2.2023.

40 ועדת אש.

## מסקנות

נראה כי מערכת הבריאות הישראלית תמשיך להיות מעורבת ציבורית-פרטית, ראשית בגלל הדרך בה השילוב הזה התפתח – כתשובה למימון החסר ולאגרת של אספקת שירותים בזמן אמת. מוסדות בריאות ציבוריים הציעו שירותים פרטיים, כדרך לאזן את תקציביהם וגם כדרך לספק שירותים שלא נכללו בסל השירותים האוניברסלי. הצד השני של המטבע הוא שמוסדות פרטיים הציעו שירותים ציבוריים, כמקור הכנסה וכמענה חלקי – בעידוד הממשלה – לאתגרים שעמדו בפני מערכת הבריאות הציבורית בעקבות הגידול וההזדקנות של האוכלוסיה, שני תהליכים כאחד המגדילים את הביקוש לשירותי בריאות.

המשקל של השניים – הציבורי והפרטי – הוא בעל חשיבות גדולה, אם אנו שואפים לשוויון בנגישות לשירותי בריאות. אינדיקטור חשוב למשקל זה הוא הנתון של אופן המימון של הוצאות בריאות. בישראל (2019 – לפני מגפת הקורונה), מימון ציבורי היה 64% מהוצאות אלה, בהשוואה לממוצע של 74% בארצות OECD.<sup>41</sup> השאיפה צריכה להיות להגדיל את חלקו של המימון הציבורי, ללא קשר לדרך האספקה. במצב שבו קיים מימון ציבורי מספיק, אספקה ציבורית עדיפה, היות ועובדים. ות בסקטור הציבורי נהנים מהסכמי שכר קיבוציים ומכללי התקשי"ר, והחובה המוטלת על גורמים ציבוריים מבחינת איסור אפליה גדולה יותר מאשר על גורמים פרטיים.

במצב של מחסור במשאבים, יש חשיבות עליונה לאספקה מספקת של שירותים, ואם גורמים פרטיים יכולים הן להגדיל את האספקה והן להעניק תנאי עבודה הוגנים, ניתן לראות אותם כחלק מהמערכת הציבורי.

כבר ציינו כי הפיתוח של שירותים פרטיים נחשב לפוגע בשוויון בבריאות. דרך אחת למזער את הנזק היא לדאוג לכך שיותר רופאים יקדישו את כל זמנם המקצועי או את

---

41 OECD. Health at a Glance 2021. OECD Indicators.

רובו לשירותי בריאות בבתי חולים ובמרפאות ציבוריות, וזאת על-ידי תשלום שכר גבוה יותר עבור עבודה ציבורית. דרך אחרת היא להגביל תיירות מרפא בבתי חולים ציבוריים כל עוד צוותים רפואיים, מיטות אשפוז וציוד רפואי אינם עומדים בעומס הנובע מהצרכים המקומיים – שהוא המצב כיום. השירותים הכלולים בביטוחים המשלימים של קופות החולים, אשר 80% מתושבי ישראל רכשו אותם, מוטב שייכנסו לסל האוניברסלי, כדי ש-100% מתושבי.ות ישראל יהנו מהם. לבסוף, השירותים הפרטיים שפותחו או נרכשו על-ידי קופות החולים חייבים להמשיך לשרת את מערכת הבריאות הציבורית – זאת המשרתת את כלל האוכלוסייה.

**מרכז אדוה**

[adva.org](http://adva.org)